UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTE DE MÉDECINE

N° 74

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

FISTULES

GASTRO-COLIQUES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 18 Juillet 1912

PAR

H SAUCEROTTE

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE TOULOUSE (Concours 1908)

EX-INTERNE DES HOPITAUX D'ORAN (1910 1911)

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES

Né à Constantine, le 14 avril 1886

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

CARRIEU, Professeur, *Président*

RAUZIER, Professeur. } *Assesseurs.*

MASSABUAU, Agrégé. }

EUZIÈRE, Agrégé.

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

3, RUE FERDINAND-FABRE, 3

1912

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DES

FISTULES GASTRO-COLIQUES

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 74

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

FISTULES

GASTRO-COLIQUES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 18 Juillet 1912

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

PAR

H. SAUCEROTTE

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE TOULOUSE (Concours 1908)

EX-INTERNE DES HOPITAUX D'ORAN (1910-1911)

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES

Né à Constantine, le 14 avril 1886

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

CARRIEU, Professeur, *Président.*
RAUZIER, Professeur.
MASSABUAU, Agrégé. } *Assesseurs.*
EUZIÈRE, Agrégé.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
3, RUE FERDINAND-FABRE, 3

1912

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM.	MAIRET (✲)	DOYEN.
	SARDA	ASSESSEUR.
	IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (O ✲). Chargé de l'enseig[t] de pathol et thérap.génér
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲)
Clinique ophtalmologique	TRUC (✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H).
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Profes. honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT, HAMELIN (✲),

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	LEENHARDT, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. l. (ch. de c.)
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, a. l. (ch. de c.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. LEENHARDT.	MM. DELMAS (Paul).
VEDEL.	GAUSSEL.	MASSABUAU.
SOUBEYRAN.	RICHE.	EUZIERE.
GRYNFELTT (Ed.).	CABANNES.	LECERCLE.
LAGRIFFOUL.	DERRIEN.	FLEIG, chargé des fonct.

Examinateurs de la thèse ;

MM. CARRIEU, professeur, *président.*	MM. MASSABUAU, *agrégé.*
RAUZIER, *professeur.*	EUZIÈRE, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Faible témoignage de mon amour
et de ma profonde reconnaissance.

A MES SŒURS
A MON BEAU-FRÈRE, A MON FRÈRE

MEIS ET AMICIS

SAUCEROTTE.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CARRIEU

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR RAUZIER

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

A MESSIEURS LES PROFESSEURS-AGRÉGÉS

MASSABUAU ET EUZIÈRE

SAUCEROTTE.

AVANT-PROPOS

Avant de soutenir notre thèse, il nous reste l'agréable devoir d'adresser à nos maîtres l'expression de notre profonde reconnaissance.

Nous remercions nos maîtres de la Faculté de Toulouse : les professeurs Jeannel, Mossé, Caubet, Frenkel, dont nous avons été l'externe et à qui nous devons une bonne partie de notre instruction clinique.

Nous remercions les docteurs Abadie, Brégeat, Jouty, Souleyre, des hôpitaux d'Oran, dans les services desquels nous fûmes interne, de la bienveillance avec laquelle ils nous ont toujours accueilli et de l'enseignement pratique qu'ils nous ont donné.

Que le docteur Glatard soit assuré de notre profonde reconnaissance pour les soins dévoués qu'il nous a prodigués pendant de trop longs jours.

Nous remercions nos camarades d'internat qui ont fait preuve à notre égard d'une sollicitude touchante pendant ces moments pénibles, nous gardons d'eux le meilleur souvenir. Nous n'oublierons jamais la généreuse hospitalité que nos amis, Mme et M. Peraldi, receveur de l'hôpital d'Oran, offrirent à notre mère, accourue à notre chevet.

Le hasard des circonstances nous a amené à Montpellier pour y demander la consécration de nos études médicales. Les professeurs de la Faculté nous ont accueilli

avec la plus grande bienveillance, et nous sommes heureux d'avoir été initié aux leçons de leur haut enseignement.

Nous prions M. le professeur Carrieu de bien vouloir agréer l'expression de notre profonde gratitude pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Nous remercions M. le professeur Rauzier, dont l'enseignement clinique nous a été si profitable, d'avoir bien voulu siéger dans notre jury.

Que MM. les professeurs agrégés Massabuau et Euzière, membres du jury, veuillent bien agréer également nos remerciements.

Nous sommes très reconnaissant au docteur H. Roger, chef de clinique à la Faculté, qui nous a inspiré cette étude, des conseils autorisés qu'il nous a donnés pour l'édification de notre modeste travail.

Nous remercions aussi M. le professeur Courchet, professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie, qui a bien voulu nous traduire une de nos observations.

Nous n'oublions pas que nous avons examiné notre premier malade dans le service du docteur Martin, chirurgien en chef de l'hôpital de Constantine. Nous le remercions des bons conseils qu'il nous a donnés et dont nous nous sommes toujours souvenus pendant le cours de nos études. C'est avec plaisir que nous reviendrons dans son service, où nous avons déjà beaucoup appris, pour parfaire notre éducation chirurgicale.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

FISTULES GASTRO-COLIQUES

INTRODUCTION

De la péritonite de voisinage consécutive à un cancer ou à un ulcère de l'estomac résultent des adhérences qui fixent la poche gastrique aux organes contigus. On conçoit que les rapports étroits qui unissent à l'état normal la grande courbure de l'estomac au côlon transverse expliquent ces adhérences solides qui accolent assez fréquemment l'un à l'autre ces deux organes.

Que le processus, ulcéreux ou néoplasique, attaque l'adhérence, la franchisse, il s'établit ainsi une fistule, c'est-à-dire une communication anormale de l'estomac avec le côlon tranverse.

Telle est, dans la majorité des cas, l'origine de la fistule gastro-colique qui est, malgré les tendances envahissantes de l'ulcère et du cancer de l'estomac, une complication assez rare.

Malgré son importance relative, les classiques n'ont

fait que la signaler sans entrer dans les détails de sa symptomatologie.

Le premier travail d'ensemble publié sur la fistule gastro-colique est celui de Ch. Murchinson, dans l'*Edinbourg Médical Journal*, en 1857.

Depuis cette époque, quelques cas isolés ont été observés, mais ce n'est en remontant qu'à une quinzaine d'années que l'on trouve les nombreux articles parus, en France ou à l'étranger, sur cette question.

C'est en 1896, que Bouveret fait paraître, dans le *Lyon Médical*, une observation très complète suivie de commentaires du plus grand intérêt. Une année plus tard, Bec, son élève, donne, dans sa thèse de Lyon, un travail d'ensemble sur les fistules gastro-coliques. En 1899, Bouveret reprend cette question dans la *Revue de Médecine*.

En 1903, Koch fait un article « in Arch. für Verdauungskrankheiten ». Dans une monographie parue en 1907 dans la *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, Chavannaz apporte plus de précision à la question; cette monographie inspire la thèse de son élève Lacoste (1907-1908).

En Allemagne, paraissent encore sur les fistules gastro-coliques les articles de Port et Reizenstein de Thorspecken (Milheizungen aus den grenzegebieten der Medizin und der Chirurgie, 1907 et 1908).

Nous trouvons, en 1909, à propos d'une observation très complète et fort intéressante, une mise au point de la question dans un article du docteur Henri Roger, de Montpellier, paru dans les *Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition* (juin 1909). C'est, d'ailleurs, cet article, qui a inspiré notre travail.

En 1911, le docteur Menuet publiait, dans les *Archives*

d'électricité médicale, une observation de fistule gastro-colique, dont le diagnostic avait été fait à l'aide de la radioscopie.

En mars 1912, enfin, Voorhoeve publiait une étude sur le diagnostic clinique et radioscopique « in Nederlandsch Tijdschrift voor geneeshunde (1). »

Après des travaux aussi nombreux et aussi complets, il était difficile d'ajouter quelque chose à l'étude des fistules gastro-coliques; pourtant, en relisant les observations qui avaient été publiées, il nous a semblé que tous les auteurs avaient passé sous silence ce que nous appellerons les « anomalies de la symptomatologie », nous parlerons de plus d'un symptôme qui n'avait pas été signalé, c'est-à-dire les selles de sang rouge. Enfin, en reproduisant l'observation du docteur Menuet, nous montrerons le parti que l'on peut tirer de la radiographie pour le diagnostic de ces fistules.

Nous ferons donc à nouveau un travail d'ensemble sur la question des fistules gastro-coliques et tour à tour, nous envisagerons leur étiologie, les lésions anatomiques les plus fréquentes, leurs symptômes, le diagnostic, enfin le traitement avec les indications opératoires.

---

(1) Nous n'avons pu nous procurer le travail de Voorhoeve, il n'était pas encore à la Bibliothèque de la Faculté au moment où nous avons écrit notre travail.

ETIOLOGIE

Altérations néoplasiques et accidents inflammatoires de natures diverses sont presque toujours les causes que l'on rencontre à l'origine des fistules gastro-coliques.

Il est à noter, que d'après les statistiques de Brinton, l'ulcère perfore la paroi de l'estomac deux ou trois fois plus souvent que ne le fait le cancer. Et cependant, la plus commune des communications pathologiques de l'estomac avec le reste du tube digestif, c'est-à-dire la fistule gastro-colique, est huit à dix fois plus fréquente dans le cancer que dans l'ulcère.

Malgré tout, ces fistules sont rares.

En 1897, Bec, dans sa thèse, en donnait 67 observations. Port et Reizenstein, en 1908, arrivent au chiffre de 95.

Nous-même n'avons recueilli depuis cette époque que 4 observations nouvelles.

Tosi, encore le cas est-il douteux, a décrit une fistule gastro-colique congénitale. Il en est aussi d'origine traumatique (par corps étranger) et post-opératoire (obs. de Souligoux).

D'autres fois, il s'agit d'un abcès de la cavité abdominale venant s'ouvrir à la fois dans l'estomac et le côlon, d'où communication entre ces deux organes. Traumatisme, tuberculose du rein, abcès sous-phrénique, péritonite tuberculeuse peuvent être la cause de cet abcès.

A la Société império-royale de Vienne, en décembre 1907, Port et Reizenstein, von Eiselsberg ont attiré l'attention sur une nouvelle cause : l'ulcère peptique consécutif à la gastro-entérostomie.

Mais, en lisant les observations publiées, on remarque que le cancer est le facteur étiologique le plus important puisqu'il se retrouve environ dans 66 p. 100 des cas.

Puis vient l'ulcère dans 19 p. 100 des cas.

Cependant, les cancers de l'estomac, qui sont fréquents, se compliquent rarement de fistule gastro-colique. Chavannaz, en 1907, n'en réunit que 38 cas. Dittrich, sur 160 cancers de l'estomac, a rencontré 6 fistules gastro-coliques, ce qui donne une fréquenee de 3,75 pour 100.

Brinton n'a observé que 11 fois cette complication sur 507 autopsies de cancers de l'estomac (fréquence 2,77 °/₀). La série de Dittrich doit donc être considérée comme exceptionnelle.

La fistule gastro-colique se rencontre-t-elle particulièrement dans le cas de cancer développé sur un ulcère antérieur ?

Dans beaucoup d'observations, on remarque, chez les malades, préexistant au cancer, un syndrome gastrique, qui peut s'expliquer par l'existence d'un ulcus. Le cancer de l'estomac se développant, d'après Tripier, dans 9 °/₀ des cas sur un ulcère, il n'y aurait rien de surprenant à ce que la fistule gastro-colique se rencontre le plus souvent dans le cas de cancer greffé sur un ulcère antérieur.

Dans la *Province médicale* de janvier 1897, M. Tournier, étudiant la périgastrite suppurée dans le cancer de l'estomac, pense que « les ulcérations néoplasiques qui, après destruction de toutes les parois de l'estomac, se creusent dans les organes voisins : foie, rate, ou perforent

le côlon, sont entées sur des ulcères dans la grande majorité des cas ».

L'ulcère a déjà accompli son travail de destruction quand le cancer arrive et la perforation sera d'autant plus facile. Retenons donc cette notion étiologique pour nous expliquer ce chiffre de 66 % des fistules gastro-coliques dues au carcinome de l'estomac.

Par contre, pour expliquer la moindre fréquence de l'ulcère dans l'étiologie de cette affection, rappelons que les classiques enseignent que l'ulcère se voit beaucoup *moins souvent* au niveau de la grande courbure et de la face antérieure, qui sont en rapport avec le côlon, que sur les autres parties de l'estomac.

LÉSIONS ANATOMIQUES

Les caractères anatomiques de la lésion sont éminemment variables suivant la cause qui l'a produite.

Le plus souvent, les autopsies montrent une union plus ou moins intime entre l'estomac et le côlon, les viscères sont unis sur une surface assez étendue : la tumeur englobe quelquefois les organes voisins qui forment une masse unique : on voit des adhérences avec le duodénum et le jéjunum, le pancréas, le foie, la paroi abdominale.

Dans ce cas, la symphyse gastro-colique a précédé la fistule, et c'est ce qui se produit le plus souvent quand l'affection est consécutive à un ulcère simple ou à un néoplasme de l'estomac ou du côlon.

Dans d'autres cas, estomac et côlon n'ont que des rapports de voisinage, et c'est dans une cavité intermédiaire, limitée par des adhérences, que les orifices gastrique et colique viennent s'ouvrir.

On peut rencontrer toutes les formes et toutes les dimensions de fistules. La communication est directe, ou bien elle se fait par un trajet long et tortueux. On rencontre des fistules admettant seulement un stylet ou une sonde, tandis que d'autres tiennent toute la longueur du gros intestin, qui est en rapport avec la grande courbure de l'estomac ; la perte de substance est donc quelquefois énorme, suffisante pour admettre le poing. En général,

la fistule gastro-colique est unique, même s'il existe une poche intermédiaire ; cependant, il est des exemples de fistule gastro-colique double (cas de Fabeck), on a même vu, et c'est le cas que rapporte Barlow, plusieurs ulcères de l'estomac communiquant l'un avec le duodénum, deux avec le côlon, un quatrième s'ouvrait dans une cavité limitée par des adhérences.

Dans l'estomac, l'ouverture anormale siège ordinairement au voisinage du pylore, près de la grande courbure, ou, plus rarement, vers le fond. La perforation au voisinage du cardia est tout à fait exceptionnelle.

On a signalé des fistules duodéno-coliques. Dans ces cas, l'ouverture stomacale tenait le pylore et se prolongeait sur la première portion du duodénum.

C'est un fait très rare de rencontrer deux orifices gastriques répondant à une seule ouverture colique.

Les fistules stomacales sont, les unes à bords minces, réguliers et lisses, parfois creusées au centre d'une excavation plus grande, trace d'un ulcère en voie d'évolution ou de cicatrisation.

Ou bien, quand il s'agit d'un cancer, on trouve une tumeur stomacale occupant l'estomac dans presque sa totalité, ou réduite à un petit nodule.

L'estomac, dans sa partie indemne, est dilaté ou rétréci ; il n'existe, d'ailleurs, aucun rapport entre l'état de perméabilité du pylore ou de la fistule et le volume de la poche gastrique.

L'estomac ouvert, on aperçoit la face interne de la tumeur bourgeonnante et ulcérée ; en un point une excavation anfractueuse communique avec l'intestin.

On rencontre quelquefois des formations cancéreuses obstruant plus ou moins la lumière de l'orifice en flottant en forme de valves qui peuvent gêner le passage du con-

tenu gastrique ou intestinal et modifier ainsi la symptomatologie.

L'orifice permet le passage d'un crayon ; il peut être de la dimension d'une pièce de 5 fr. (Diruf), voire même d'un poing entier (May).

Dans le côlon, l'ouverture est, en général, située sur le côlon transverse, vers son milieu et, plus rarement, au niveau des coudes ou de l'origine du côlon descendant ; la situation, la dimension, la forme et la disposition des bords de la fistule colique sont extrêmement variables.

L'ouverture siège sur la face antérieure du côlon transverse, ou bien sur la paroi postérieure.

Dans le néoplasme, on trouve, à la coupe, des parois épaissies et infiltrées. L'ulcération a, de même que dans l'estomac, un aspect anfractueux. L'orifice peut être en entonnoir, c'est-à-dire que l'orifice colique est plus étroit que l'orifice gastrique.

Dans les fistules par ulcère, la disposition est plus ou moins ovalaire, les bords en sont minces, l'orifice très perméable.

Nous avons dit que c'était parfois une cavité intermédiaire qui faisait communiquer l'estomac avec le côlon ; cette cavité intermédiaire est formée par les organes voisins plus ou moins adhérents à l'estomac (foie, pancréas, rate, côlon et mesocôlon transverse).

La périgastrite aura eu pour conséquence la formation d'une cavité contenant du pus, du liquide stomaco-intestinal, ou encore du sang avec des débris sphacelés de tissu.

Il est intéressant de signaler que le côlon descendant et le rectum sont dilatés par suite de la suractivité fonctionnelle qui leur est imposée. Par contre, l'état de l'intestin grêle a changé consécutivement à la sténose

pylorique, ou bien parce que l'énorme diamètre de la fistule fait que les aliments ne pénètrent plus du tout dans le duodénum : l'intestin est plus ou moins atrophié, son calibre et sa longueur se trouvent alors diminués.

Les complications les plus fréquentes de la fistule gastro-colique sont, en premier lieu, la péritonite septique par perforation de l'estomac dans la grande cavité péritonéale ou, par suite du volume de la tumeur, quand c'est un néoplasme, la compression du cholédoque et la dilatation de la vésicule biliaire.

Signalons encore les adhérences péritonéales, les fistules gastro-cutanées, des métastases cancéreuses dans le foie, des lésions de tuberculose à distance, ou enfin des altérations d'ordre purement inflammatoire.

Il est vrai de dire que ces complications relèvent de la maladie causale et non du fait des fistules gastro-coliques.

SYMPTOMATOLOGIE

Au milieu des symptômes complexes qui précèdent la formation de la fistule et de ceux qui la suivent, la détermination du moment où se fait la perforation n'a pu être établie que très rarement.

Au moment de cette perforation les douleurs ont été plus vives : le malade, dans certains cas, a ressenti une sensation atroce de déchirement, dans d'autres cas, la sensation du coup de poignard : on a retrouvé ailleurs un lambeau de muqueuse dans les selles, sans que celles-ci soient cependant sanguinolentes : mais le plus souvent, le malade a présenté des symptômes de péritonisme, de la prostration, de troubles cardiaques.

Parfois encore le tableau est plus dramatique : La douleur a été vive, les traits sont altérés, la figure anxieuse les extrémités froides et cyanosées. La voix devient lointaine, la langue blanche et froide. Le pouls petit, incomptable, l'état est voisin du collapsus.

Mais une pareille symptomatologie est tout à fait exceptionnelle et le plus souvent, aucun symptôme, pendant la période où la maladie causale a évolué, n'a pu faire prévoir l'établissement d'une fistule gastro-colique.

La fistule établie, des symptômes qu'on relève dans l'histoire des malades sont complexes, car l'affection qui par son évolution progressive, a amené la formation de la

fistule et cette fistule elle-même confondent leurs divers signes pour donner la symptomatologie la plus diverse.

Cependant une triade de signes forme la base de la description classique des fistules gastro-coliques ils ont une importance majeure et suffisent à établir un diagnostic certain ; ces symptômes sont :

a) Vomissement fécal ;

b) Lientérie ;

c) Similitude des vomissements et des selles.

Après avoir examiné chacun de ces signes, nous nous occuperons de signes moins constants et de valeur diagnostique moindre.

Vomissement fécal. — C'est un des symptômes capitaux et des plus constants de la fistule gastro-colique. En ne comptant que les cas où le caractère stercoral est *absolument net*, il existe dans 53 °/₀ des cas.

Ce n'est plus ce liquide jaunâtre, d'odeur et de goût fécaloïdes qui est vomi dans la péritonite aiguë, par exemple ou l'occlusion intestinale qui constitue ce vomissement, mais des matières fécales liquides, formant une bouillie brunâtre ; parfois des fragments solides qui rappellent tout à fait les matières fécales du gros intestin nagent au milieu de cette bouillie. Il est à noter que, dans quelques cas, la diminution des dimensions de ces boulettes fécales a précédé une amélioration telle que le malade paraît avoir guéri.

Voilà en général, le premier symptôme observé, il disparaît quelquefois au cours de l'évolution de la maladie pour reparaître par la suite. Tout ceci dépend de la forme anatomique de la fistule.

La quantité des matières vomies est excessivement variable : certains malades ont des vomissements très peu

abondants, d'autres ont vomi jusqu'à un litre et demi de liquide fécaloïde.

Dans une observation, on relève le cas d'une malade qui, pendant quelques mois, avait expulsé les matières fécales presque en totalité par la bouche, « dans les vomissements, il y avait des morceaux de fèces de la grosseur d'une amande ».

Dans quelques cas, au moment où le malade a des vomissements fécaloïdes, on observe de la petitesse du pouls, de la fréquence de la respiration, des douleurs abdominales spontanées ou provoquées par la pression, le ventre est plus ou moins ballonné.

Il est à signaler aussi que l'on peut voir, au cours de la maladie, des vomissements bilieux, alimentaires, sanguins mais ce n'est point là un signe spécial à la fistule gastro-colique.

Ils relèvent le plus souvent de l'affection causale et, non de la communication anormale entre l'estomac et le côlon.

Le vomissement quoique fréquent n'est pas absolument constant, il fait donc quelquefois complètement défaut. Murchinson explique de la façon suivante l'absence de ce signe important : « Si le pylore est libre, le vomissement stercoral fait défaut dans le cas où l'ouverture gastro-colique, de dimensions énormes, ne permet pas aux aliments de suivre leur voie naturelle et les fait passer aussitôt dans le gros intestin. Si le pylore est le siège d'une sténose complète, le vomissement stercoral n'a plus de raison d'être et il est remplacé par le vomissement alimentaire. »

Dans le cas que rapporte Bouveret, le malade n'avait jamais vomi, ou pour être plus exact n'avait eu qu'un petit vomissement avant de mourir. Il avait eu cependant

pendant longtemps des nausées et des envies de vomir répétées. C'était donc l'évacuation du contenu de l'estomac par la bouche, et seulement ce phénomène au milieu de tous ceux qui caractérisent le vomissement, qui faisait défaut.

L'évacuation se produisait par la voie la plus directe, dans ce cas particulier, c'est à dire par la fistule gastro-colique.

« En réalité, dit Bouveret, le malade vomissait dans son gros intestin. »

Mais n'observe-t-on pas de même l'absence de vomissement dans les péritonites dues à une large perforation ?

La lientérie. — Le passage direct que trouvent les aliments pour aller de l'estomac dans le côlon est la cause de la lientérie.

D'après cela, il semble résulter que dans, tous les cas de fistule gastro-colique, il devrait y avoir lientérie.

Pourtant, ce symptôme est loin d'être constant, on ne relève pas la lientérie dans beaucoup d'observations peut-être parce que on n'a pas su la rechercher avec soin, ou parce que souvent, on s'est contenté des renseignements donnés par l'entourage du malade.

Il serait bon dans les cas douteux d'imiter Bouveret et de faire ingérer au malade des substances facilement reconnaissables dans les selles, telles que pruneau, vermicelle.

Pour que ce symptôme se manifeste, il est nécessaire que le diamètre de la fistule soit suffisant et que son orifice siège près du pylore ou dans le voisinage du fond.

Rappelons, enfin, que la lientérie ne s'observe pas seulement dans la fistule gastro-colique : il y des lientéries nerveuses, il y en a aussi dues à des fermentations

anormales de l'intestin ou encore aux catarrhes chroniques ; elles sont exceptionnelles, et en tous cas, n'ont pas le caractère permanent qu'elles acquièrent dans la fistule gastro-colique.

Similitude des vomissements et des selles. — L'estomac communiquant avec le côlon, il se fait naturellement des échanges entre le contenu des deux organes, et il en résulte un mélange de nature mi-fécaloïde, mi-alimentaire, purée épaisse ou liquide brunâtre, tenant en suspension des fragments de fèces. Si une contraction péristaltique de l'estomac se produit, alors le contenu est chassé vers le pylore, le cardia et l'orifice de la fistule ; voilà donc la genèse du vomissement fécaloïde qui existe, d'autant plus que le pylore est moins perméable.

Cette similitude est évidemment un symptôme capital des fistules gastro-coliques.

Voilà donc les trois symptômes principaux qui permettent d'affirmer que l'on se trouve bien en présence d'une anastomose entre la poche gastrique et le côlon, mais à côté de ces signes, il existe nombre de symptômes, que nous appellerons accessoires et qui, s'ils n'ont pas la valeur des premiers, n'en sont pas moins importants et très intéressants à connaître.

Symptomes accessoires. — *Diarrhée.* « Elle est profuse, disent les auteurs, et rebelle à toute médication. »

Pour Bouveret, ce fut, dans un cas, cette abondance insolite qui le mit sur la voie du diagnostic de fistule gastro-colique. L'irritation constante de l'intestin, par les sécrétions gastriques qui s'y déversent directement, et le passage continuel des liquides de l'estomac qui pénètrent dans le côlon, en sont la cause.

Très judicieusement, Bouveret a fait remarquer l'influence sur la diarrhée de l'ingestion des boissons et des aliments.

La diarrhée est encore un symptôme qui est loin d'être constant, dans 24 observations sur 96, nous avons relevé non plus de la diarrhée, mais une constipation souvent opiniâtre.

De plus, contrairement à ce qu'ont écrit certains auteurs, il n'y a pas toujours rapport entre l'existence de vomissements et une constipation opiniâtre. Nous avons déjà cité l'observation de Chappelt, rappelons encore celle de Lediard (*Médical Times and Gazette*, 1876). Le malade n'aurait eu ni vomissements, ni diarrhée. A l'autopsie, grosse tumeur abdominale développée, probablement au niveau du côlon, et ayant englobé ensuite l'estomac et le duodénum. Communication gastro-colique près du pylore. Nous citerons encore l'observation de Bamberger (*Virchow's Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie*, VI) ; l'auteur a vu évoluer une fistule gastro-colique sans vomissement stercoral, sans diarrhée, sans lientérie.

Nous pouvons donc dire que, dans l'anastomose gastro-colique, il y a, le plus souvent, diarrhée profuse, coïncidant avec l'ingestion de liquide, mais il y a aussi assez fréquemment constipation.

La diarrhée profuse est donc un bon signe, mais peu constant.

Amaigrissement. — La diarrhée profuse, les troubles de la digestion stomacale, la perte de l'appétit amènent un amaigrissement rapide. Nous n'insisterons point sur le fait que, souvent ces malades sont déjà atteints d'une affection organique grave, dont l'action est extrêmement

cachectisante : c'est le cas des tumeurs malignes qui sont très fréquemment la cause des fistules gastro-coliques.

A cet amaigrissement, s'ajoute la pâleur de la peau et des muqueuses, et aussi l'affaiblissement extrême, résultat de cette dénutrition rapide dont le malade est l'objet.

La soif est intense, le malade en souffre, il demande constamment à boire, elle a pour cause la déshydratation résultant de cette diarrhée profuse et rebelle.

L'odeur fécale de l'haleine et des renvois est un signe de probabilité, important quand il est joint à d'autres.

Sang dans les selles. — Au cours de toutes les observations que nous avons consultées, une centaine environ, deux fois seulement, le malade a présenté des *selles sanglantes*, Goodrige Henry, *The British med. Journal*, 1890. — Walter Edmunds, *St-Thoma's Hospital Reports*, 1884) et une seule fois *des selles de sang* (H. Roger in *Archives mal. app. digestif*, 1909). Dans ces trois, cas il s'agissait de malades atteints de cancer avec fistule gastro-colique consécutive.

Et encore, il est utile de dire que dans l'observation de Walter Edmunds, il existait aussi un néoplasme secondaire ulcéré du rectum.

Le malade du docteur Roger présentait donc des hémorragies dont il était difficile de préciser le point de départ, le sang était rapidement rendu dans les selles.

Ces selles de sang sont importantes, d'abord parce qu'*elles ne furent jamais signalées*, puis pour établir le diagnostic de cancer. Il est fort probable, en effet, que, dans au moins deux des cas que nous venons de citer, l'hémorragie prenait naissance au niveau de bourgeons ulcérés de l'estomac ou du côlon. Des selles de sang, au

cours de l'évolution d'un *cancer de l'estomac* devront donc attirer l'attention du côté d'une fistule gastro-colique puisque le sang a, dès lors, un passage direct pour se déverser rapidement dans le gros intestin et être rendu encore rutilant.

Mais la symtômotologie manque parfois : il est impossible alors de faire le diagnostic, et les fistules gastro-coliques peuvent donc être, dans certains cas, une trouvaille d'autopsie comme dans l'observation que rapporte Lazarus (*Sitzung der Vereins für innere Medicin*, 1892). Le malade avait un cancer de l'estomac qui évolua sans douleur, sans fièvre, sans frisson, sans vomissement ; à l'autopsie on trouve l'estomac adhérent au côlon transverse et une fistule gastro-colique.

L'observation de Chappelt (*in Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Lyon*, 1902), montre qu'il peut y avoir des signes de perforation sans qu'il existe de signes de communication entre l'estomac et le côlon transverse.

« La perforation se traduisit par une douleur très vive et une sensation de faiblesse extrême pendant que le malade travaillait; depuis, sensations douloureuses à l'épigastre, augmentant par l'ingestion des aliments. Jamais de vomissement soit avant, soit après la communication gastro-colique ; jamais de melœna : pas d'odeur spéciale de l'haleine pas de lienterie-constipation. »

A l'autopsie on découvre un vaste néoplasme, une communication de l'estomac avec la portion moyenne du côlon transverse par un orifice du diamètre d'une pièce de 2 francs, *communication sans valvule.*

Monod, à la Société anatomique de Paris en 1877, rapporte un cas où aucun symptôme ne pouvait faire penser à une fistule gastro-colique. Il existait aussi une fistule

gastro cutanée, et par cette fistule s'échappait un liquide séreux, roussâtre, inodore et quelques gaz.

A l'autopsie, on découvre une périgastrite cancéreuse avec fistule gastro-cutanée. Une masse compacte reliait l'estomac, le côlon transverse et le duodénum. Le côlon communiquait par un trajet oblique, long de 5 à 6 centimètres avec la poche formée par l'estomac et le côté gauche du foie.

Quelques autres cas que nous pourrions également citer prouvent encore que la fistule gastro-colique peut exister sans signes cliniques évidents.

Chavannaz, sur les 81 observations qu'il publie à la fin de sa monographie, dans la *Revue de gynécologie* de 1907 ne relève que quatre cas où la fistule a passé ignorée. « Ces fistules latentes, dit-il, sont, en somme assez exceptionnelles. »

Il est évident, comme le fait encore remarquer le même auteur, que, dans le cas, et c'est le plus fréquent, où le fistule reconnaît comme cause une dégénérescence néoplasique, « ses bords, dépourvus de souplesse, n'arrivent qu'exceptionnellement à se rapprocher ou à faire clapet pour empêcher le passage du contenu stomacal dans l'intestin et *vice versa.* »

Nous venons donc d'envisager des cas très rares et très particuliers où la fistule ne se manifeste par aucun des signes classiques. Pourtant, malgré leur état latent, les signes physiques permettent parfois de les déceler.

Signes physiques. — Le malade atteint de fistule gastro-colique a-t il une *attitude spéciale ?* On pourrait croire que le sujet recherche l'attitude qui assure le mieux la suppression des inconvénients dus à la fistule ? Ce n'est pourtant qu'exceptionnellement qu'on l'observe dans une

position particulière. Bouveret cite l'exemple d'un malade qui se plaçait en décubitus latéral.

Dans la plupart des cas, la *palpation du ventre* est assez facile et l'on peut explorer nettement les organes qu'il contient. Nous avons vu, précédemment, que pourtant, au moment des vomissements fécaloïdes, il était légèrement météorisé. Cette exploration des organes abdominaux permettra souvent de déceler la tumeur maligne qui est la cause de l'anastomose gastro-colique ; elle est donc très importante.

Bouveret attache une certaine valeur à *l'absence du clapotage gastrique* quand on le constate chez un malade qui a présenté un clapotage manifeste à des examens antérieurs. Le clapotage existe quelquefois au niveau de l'S iliaque.

Le même auteur préconise *l'examen chimique des selles*.

La présence d'acide chlorhydrique indiquerait la provenance du liquide, et dans le cas où le diagnostic de fistule gastro-colique serait certain, la présence ou l'absence de cet acide montrerait qu'il s'agit d'un ulcère ou d'un cancer de l'estomac.

Quand on soupçonnera une fistule gastro-colique, le contenu de l'estomac passant rapidement dans le rectum, il sera facile de déceler l'existence de cette communication directe en faisant ingérer au malade une substance facile à mettre en évidence, qu'on pourra retrouver dans le gros intestin. Inversement, en injectant dans le côlon un liquide semblable, celui-ci pourra être retrouvé dans l'estomac. Les substances employées ont été soit du lait coloré par l'éosine ou additionné de lycopode ou d'une solution de salicylate de soude, soit des mélanges susceptibles de dégager des gaz (bicarbonate de soude et acide tartrique) qui,

après avoir dilaté ou non la poche gastrique, s'en vont distendre le côlon descendant ou l'S iliaque.

Ziemssen, qui avait pratiqué l'insufflation par l'acide carbonique dans l'intérieur du gros intestin à l'aide de deux injections consécutives (bicarbonate de soude et acide tartrique), conseilla, plus tard, simplement l'injection d'air. Un tube, muni d'un robinet, est introduit dans le rectum et l'on insuffle de l'air progressivement. Dans l'observation rapportée par Fremdenberger, après l'insufflation par ce procédé, le malade eut aussitôt des renvois d'odeur infecte et un abondant vomissement fécal.

L'air, en passant de l'intestin dans l'estomac, produirait un bruit de glouglou dont on pourrait préciser le point d'origine par l'auscultation (Scholz-May.). Ce bruit serait, dans certains cas, perceptible même à distance.

Le lavage de l'estomac, quelquefois pratiqué, a permis de constater qu'après avoir utilisé une grande quantité de liquide, le liquide, même à la fin de l'opération, n'a jamais été clair, ce qui est la conséquence de la présence des matières fécales dans l'estomac ou de leur pénétration incessante dans ce viscère par suite d'une anastomose gastro-colique.

Il nous reste enfin à parler du procédé que nous considérons comme celui de choix et qui est *l'observation radioscopique*.

Après l'absorption d'une solution de bismuth gommée, on observe l'estomac ou mieux son contenu, c'est-à-dire la solution de bismuth. Et l'on voit le trajet que suit le bismuth pour progresser dans le tube digestif. Dans l'observation du docteur Menuet, on vit apparaître, sur le bord gauche de l'estomac, une tumeur triangulaire à base gastrique, à sommet externe ; cette tumeur s'accrut d'abord et disparut. Puis, une boule noire chemina d'un mouve-

ment vermiculaire vers le petit bassin. C'était évidemment la première boule de bismuth qui venait de traverser la fistule gastro-colique jusque-là ignorée. Bientôt après d'autres boules suivirent le même chemin.

Il est très évident que dans le cas de fistule gastro-colique latente, à parois souples, revenant sur elles-mêmes, formant pour ainsi dire un véritable sphincter, le passage du contenu de l'estomac dans l'intestin se fait seulement au moment des contractions péristaltiques. Par suite de la forme même de la fistule, le reflux du contenu du côlon dans l'estomac est rendu impossible, et les signes principaux de l'anastomose gastro-colique manquent, ce n'est que dans ce cas seulement que le bismuth passera lentement, par petites boules. Il est inutile de dire que, dans le cas de fistule large, le lait bismuthé coulera pour ainsi dire presque aussitôt dans le côlon.

Par conséquent, l'examen radioscopique offrira les avantages suivants :

a) Dans le cas où la fistule est méconnue, le diagnostic pourra en être établi ;

b) Dans le cas où la fistule est déjà diagnostiquée, la radioscopie servira à en préciser la situation et, par conséquent, sera extrêmement utile si l'on doit pratiquer une intervention.

Pour terminer cette symptomatologie des fistules gastro-coliques, disons que les *urines* sont diminuées et peuvent contenir des substances étrangères ; leurs principes normaux sont souvent modifiés dans leurs proportions respectives et leurs qualités absolues.

La température n'a pas toujours été étudiée, mais il semble qu'à part le cas d'abcès abdominal, elle est à peu près normale.

DIAGNOSTIC

Quand un sujet présente, tout à coup, les signes d'une fistule gastro-colique et que dans ses antécédents pathologiques, on relève des troubles digestifs pouvant faire penser à un ulcère ou à un cancer de l'estomac, le diagnostic est aisé.

Pourtant, le diagnostic, après examen clinique, n'a été que bien rarement posé.

Au chapitre de la symptomatologie, nous avons déjà appelé l'attention sur les fistules gastro-coliques que rien ne permettait de supposer ; mais nous avons dit aussi que ces cas étaient infiniment rares ; le plus souvent, il y avait plusieurs signes groupés, ce qui amène à croire que, si le diagnostic n'a pas été posé plus souvent, c'est parce que l'affection est rare et que l'on n'y pense pas en examinant un malade.

Fréquemment, les malades font appeler le médecin quand apparaît le phénomène le plus émouvant et aussi le plus incommode dans l'histoire de ces fistules : nous voulons parler du vomissement fécaloïde.

Nous avons déjà dit que le ventre était, à ce moment, ballonné, le pouls petit, le facies grippé ; il est donc très naturel qu'à l'esprit se présente l'idée d'une péritonite, d'un étranglement herniaire ou d'une occlusion intestinale.

La hernie étranglée sera éliminée facilement.

L'absence d'antécédents, la tumeur plus ou moins apparente, l'absence complète au bout d'un certain temps de selles et de gaz par l'anus seront les principaux éléments de diagnostic.

La péritonite aiguë se distinguera par la douleur qui a une importance majeure, la contraction de défense des muscles de la paroi abdominale, l'hyperesthésie cutanée superficielle. Les vomissements, dans la péritonite, sont d'abord alimentaires, puis deviennent bilieux, porracés, exceptionnellement noirâtres ou fécaloïdes. La constipation est *la règle*. La température s'élève à 39 ou 40°.

Le diagnostic ne sera pas aussi facile entre la fistule gastro-colique et l'*occlusion intestinale aiguë*. La fistule a été souvent confondue avec une occlusion ; pourtant, dans l'occlusion, le sujet est pris d'une douleur soudaine, déchirante dans certains cas, s'irradiant en des points variables. Dans la fistule, les vomissements sont, en général, bien plus abondants, presque toujours fécaloïdes d'emblée, au contraire, dans l'occlusion, ils ne prennent le caractère fécaloïde qu'après avoir été alimentaires, puis bilieux.

Souvent, dans la fistule, une selle diarrhéique accompagne le vomissement ; la constipation est complète dans l'occlusion.

Nous avons dit que parfois, dans le cas de fistule gatro-colique, pendant le vomissement le ventre se météorisait légèrement, le facies se grippait, le pouls devenait rapide et petit. Mais ces phénomènes ne sont que passagers ; le vomissement fini, le malaise disparaît rapidement. Dans l'occlusion, au contraire, le ventre se ballonne de plus en plus, le facies s'altère promptement et prend le type péritonéal : yeux excavés, traits tirés, nez

effilé ; la prostration est rapide ; la mort arrive au milieu de phénomènes de collapsus progressif.

Le diagnostic de la *forme chronique de l'obstruction* est beaucoup plus délicat, par suite des rémissions comparables à celles observées dans la fistule.

Murchinson cite l'observation de Holmes (*Edimbourg red. and susg. Journal*, 1812) où un cancer de l'estomac avait provoqué un rétrécissement du côlon par symphyse gastro-colique. L'allure de la maladie était assez analogue à celle de la fistule.

Bec, dans sa thèse, dit avoir trouvé, dans le *Bulletin de la Société anatomique* (Delpeuch, 1881, Bourcy, 1882), « deux observations où un ulcère de l'estomac perforé avait provoqué la formation d'une poche purulente qui comprimait le côlon. Dans ces deux cas, le tableau clinique était à peu près semblable à celui de la fistule gastro-colique et les vomissements avaient un caractère fécaloïde très accusé ».

Une autre cause d'erreur de diagnostic provient aussi du fait que la fistule gastro-colique peut être consécutive à l'évolution d'un cancer de l'intestin. Dans ce cas, il y a depuis déjà longtemps, suppression des selles lorsque la communication anormale s'établit. Pour arriver à une interprétation exacte, il faut rechercher ces autres signes de la fistule : la similitude des vomissements et des selles, la lientérie et les résultats de l'examen physique : insufflation, radioscopie.

On rencontre encore le vomissement fécal quand il existe une communication entre l'estomac et un point de l'intestin grêle. Cette anastomose est rare et la méthode d'insufflation de Ziemssen mettra rapidement sur la voie du diagnostic.

L'hystérie s'est parfois manifestée par un syndrome

gastrique et des vomissements fécaloïdes. Lorsqu'on la soupçonne, il faut en rechercher avec soin les stigmates en même temps que les signes physiques de la fistule gastro-colique. Nous ne citons l'hystérie que pour y faire penser.

Nous avons signalé des cas où les vomissements faisaient complètement défaut; il faut s'attacher alors à rechercher les caractères lientériques de la diarrhée. Il faudra examiner avec soin les matières, les délayer dans l'eau ; ne pas oublier de répéter l'examen pendant plusieurs jours, puisque le symptôme est irrégulier dans ses manifestations.

N'oublions pas que la diarrhée n'est pas rare dans le cancer de l'estomac, surtout dans les derniers temps de la maladie. Il faut tenir compte de l'influence de l'ingestion des boissons et des aliments sur la production de cette diarrhée. Il est utile de rappeler ici qu'il existe une diarrhée dite prandiale, due à l'excitation alimentaire de la muqueuse gastrique; cette excitation provoque un péristaltisme réflexe du gros intestin, qui oblige les gens à aller à la selle peu de temps après avoir mangé.

On aura soin d'éliminer, au cas où le vomissement ferait défaut et où la diarrhée lientérique serait le symptôme le plus important, les lientéries nerveuses, soit celles provoquées par la dilatation ou l'insuffisance du pylore, soit encore dans le cas d'ulcérations pyloriques qui détruisent en partie le sphincter et empêchent son action, comme le signale Murchinson.

On a encore décrit une lientérie de cause intestinale due aux catarrhes et aux fermentations anormales. La véritable lientérie, ayant un caractère permanent avec la présence dans les selles d'aliments intacts, est produite seulement par la fistule gastro-colique ; le repas coloré à

la cochenille, que préconisait Schonleïn (Klinische vortrage, 1842), est un excellent moyen pour distinguer la lientérie gastro-colique des autres lientéries.

Au chapitre de la symptomatologie, nous avons indiqué les moyens employés pour déceler les fistules gastro-coliques, il nous suffit de les rappeler : insufflation gastrique, insufflation rectale, qu'on peut exécuter à l'aide de la simple soufflerie du thermocautère.

Bec, dans sa thèse insiste sur le peu de valeur que présente le vomissement du lavement. En effet, la valvule de Bauhin se laisse parfois forcer, comme dans le cas de cette jeune femme hystérique dont Pic rapporte l'observation (*Province médicale*, octobre 1895-juin 1897).

Il serait superflu d'insister sur l'importance de la radioscopie dans le cas d'anatosmose gastro-colique.

La fistule gastro-colique diagnostiquée, il est intéressant d'en connaître l'origine et la nature.

Il faudra savoir se rappeler qu'on a signalé l'existence d'une fistule congénitale (Tosi).

L'origine de la fistule apparaîtra assez facilement dans le cas d'une inflammation péri-stomacale ou péri-colique.

Des manifestations tuberculeuses, et peut-être le bacille de Koch dans les selles, feront penser à l'origine bacillaire d'une fistule.

Le diagnostic deviendra délicat quand il s'agira de savoir si la fistule est consécutive à un cancer ou à un ulcère.

L'âge du sujet, le sexe, l'histoire de la maladie, sa durée, le caractère des hématémèses sont autant de facteurs dont on doit tenir compte.

Le melœna, les crises d'obstruction intestinale, les modifications des fèces au cours de la maladie pourront déceler l'origine intestinale de la fistule.

Malgré tous ces symptômes que l'on rencontre au cours

des fistules gastro-coliques, malgré la diversité des moyens d'exploration, le diagnostic n'en reste pas moins délicat, et le clinicien sera susceptible de rester encore dans le doute.

Dans le cas de fistule latente, la laparotomie faite par des opérateurs rompus à la chirurgie abdominale restera l'ultime ressource.

PRONOSTIC. — EVOLUTION CLINIQUE

Les symptômes les plus fréquents de la fistule gastro-colique, vomissement fécal et diarrhée rebelle, déterminent assez rapidement la mort par suite de l'atteinte mortelle portée à la nutrition.

Il faut ajouter à cela les progrès de l'affection causale, cancer ou tuberculose, qui sont des affections essentiellement cachectisantes. Et même lorsque l'affection causale n'est pas de nature maligne, la dénutrition est brusque et le malade succombe assez vite, les os collés à la peau, les membres inférieurs infiltrés par la phlegmatia albes dolens. La survie est parfois longue, et Davies cite le cas d'un malade qui vécut deux ans après l'établissement de l'anastomose gastro-colique.

Murchinson cite un cas de guérison spontanée chez une jeune femme, atteinte. vraisemblablement, d'ulcère qui se compliqua d'une fistule. La cicatrisation se fit progressivement et les boulettes fécales trouvées dans les vomissements devenaient de moins en moins volumineuses, puis disparurent complètement.

On retrouve un autre exemple de guérison dans la thèse de Lang (Moscou, 1895), sur les abcès sous phréniques.

Un homme fut opéré pour un empyème sous-diaphragmatique droit, gazeux, où l'on a trouvé, pendant l'opéra-

tion, en outre d'un pus épais, des boulettes de matières fécales de la grosseur d'une noisette ; avant l'opération, la ponction exploratrice dans les 7e, 8e, 9e espaces intercostaux avait donné un liquide brunâtre fécaloïde. Il s'agissait d'un abcès communiquant à la fois avec l'estomac et le côlon. Le malade a guéri.

Pour le pronostic, il faudra donc tenir compte de l'affection causale qui a déterminé la fistule, des symptômes graves que constitue la lientérie ou le vomissement fécaloïde. Il faudra se baser aussi sur l'état du sujet, sur sa résistance. Si la cachexie s'établit rapidement, le diagnostic est fatal, car le sujet ne sera, dès lors, plus en état de faire les frais d'une intervention chirurgicale, toujours longue et grave.

Par conséquent, malgré les cas de guérison spontanée, une intervention chirurgicale est seule susceptible d'améliorer le pronostic en supprimant radicalement le mal.

TRAITEMENT

Pendant longtemps les médecins s'étant rendu compte de l'inutilité de leurs efforts, n'ont pas institué de traitement. D'autres, par la suite, ont essayé une médication palliative. Ils se sont appliqués à soutenir les forces des malades en débarrassant l'estomac du contenu intestinal dont il était encombré, à calmer les vomissements et la diarrhée par les moyens ordinaires. L'opium et les autres calmants ont apporté, dans beaucoup de cas, un soulagement au malade.

Voilà la thérapeutique employée pour traiter une communication anormale entre l'estomac et le côlon ; on devait très naturellement être amené à penser que, seule, une intervention chirurgicale pouvait remédier aux inconvénients qu'entraîne pareille anastomose, en la supprimant radicalement.

Au cours de cette étude, nous avons essayé seulement d'apporter quelques précisions à la symptomatologie et au diagnostic des fistules gastro-coliques.

C'est pourquoi nous ne ferons qu'indiquer, en quelques mots, les différentes techniques opératoires.

Nous empruntons, d'ailleurs, à Chavannas la description résumée des procédés employés.

1° *Méthode.* - *a*) Laparotomie. *b*) Destruction des adhérences gastro-coliques. *c*) Avivement pouvant aller

jusqu'à résection plus ou moins étendue de l'estomac et du côlon, puis suture des orifices gastro-coliques. *d*) Fermeture de la cavité péritonéale.

2me *Méthode*. — *a*) Laparatomie. *b*) Section du côlon au-delà et en-deçà de la fistule et fermeture des deux bouts de l'anse colique qui porte la fistule. *c*) Rétablissement de de la continuité du gros intestin. *d*) Fermeture de la paroi abdominale.

Ce procédé, en cas de fistule néoplasique, n'est que palliatif; il transforme, en somme, une portion du côlon en un diverticule de l'estomac.

On a proposé encore un autre procédé plus simple :

a) Laparotomie. *b*) Colocolostomie. *c*) Fermeture de la paroi abdominale.

Le second temps comporte, la fistule siégeant sur le côlon transverse, l'anasmotose entre le côlon ascendant et le côlon descendant. Cette colocolostomie a pour but de supprimer ou tout au moins de diminuer les vomissements fécaloïdes. Ce n'est qu'une opération palliative.

Palliative aussi la jéjunostomie dans le cas de fistule gastro-colique. Le malade est très affaibli, et c'est un moyen de combattre cette dénutrition intense.

a) Laparotomie médiane. *b*) Recherche de l'origine du jéjunum. *c*) Fixation de l'anse jéjunale à la paroi de l'abdomen. *d*) Ouverture du jéjunum.

Malgré ces techniques variées, les résultats ont presque toujours été mauvais; aussi il serait utile de préciser les indications opératoires chez un malade présentant une anastomose gastro-colique.

La connaissance de l'origine de la fistule est d'un diagnostic délicat, cette base d'appréciation ne serait donc pas toujours exacte.

Si, d'ailleurs, on se trouve dans le cas d'une fistule d'origine scléreuse sans tendance à la cicatrisation, il est très indiqué de supprimer l'anastomose des deux cavités gastrique et colique.

Si la fistule est d'origine cancéreuse, c'est à-dire incurable, on pourra tenter une des opérations palliatives qui apportera un soulagement énorme au malheureux malade.

Les contre-indications seront surtout tirées de l'état d'affaiblissement qui, souvent, sera arrivé à une période où toute intervention, si courte soit-elle, serait fatale.

Lorsqu'on est en présence d'un néoplasme, si l'on veut tenter une opération curative, on peut employer la première ou la seconde des méthodes décrites plus haut, selon la gravité des lésions et surtout selon leur étendue.

Au cas où ces interventions seraient impossibles à pratiquer, on pourrait toujours tenter une colocolostomie.

Dans le cas d'ulcère, l'opération curative est indiquée ; si l'état de faiblesse du malade ne permet pas l'intervention radicale, on pourra faire une jéjunostomie jusqu'au moment où le malade aura repris suffisamment de force pour supporter une intervention par les deux premières méthodes.

Enfin, quand toute intervention deviendra dangereuse, toujours par suite de l'état de faiblesse extrême du malade, il faudra avoir recours au traitement médical, dont l'opium, les lavements nutritifs, les lavages d'estomac seront la base.

OBSERVATIONS

Observation Première

(Docteur Henri Roger, de Montpellier, Archives maladies de l'appareil digestif et de la nutrition, 1909.)

Joseph R., 51 ans, entre, en février 1909, à l'Hôpital Suburbain, dans le service de notre maitre, M. le professeur Carrieu, salle Combal, n° 19. Il a déjà fait, en août 1908, un court séjour dans le service pour anorexie et troubles dyspeptiques.

C'est un homme pâle, très amaigri, faible, dans un état d'asthénie très marquée. En dehors de ces troubles généraux, il ne se plaint que d'anorexie intense, surtout pour les matières grasses, et de diarrhée abondante : 7 à 8 selles liquides par jour. Quelques nausées et quelque renvois ; pas de douleur digestive, pas de vomissements, pas d'hématémèse ni de mélæna. Par la palpation, on sent dans l'hypocondre gauche et à l'épigastre un plastron assez large. Globules blancs, 13.000 par millimètre cube.

Le malade s'alimente peu : lait, bouillon, œufs, purées. L'amaigrissement, la teinte jaune paille s'accentuent : la diarrhée (diarrhée simple sans lientérie) résiste au sous-nitrate de bismuth, à l'extrait gommeux d'opium, au diascordium. Le diagnostic de cancer de l'estomac se confirme.

Le 16 mars, à 8 heures du soir, le malade éprouve une douleur assez vive dans l'hypocondre droit et une brusque envie d'aller à la selle ; il essaye de se lever, a une lipothymie et *souille le sol par une abondante selle de sang rouge*. On prescrit la glace, à l'intérieur une injection d'ergotine, une potion au chlorure de calcium ; on met une vessie de glace sur le ventre. Les jours suivants, les selles sont noirâtres, toujours diarrhéiques.

Le 13 mars, surviennent deux nouvelles hémorragies abondantes, immédiatement évacuées par les selles sous forme de sang rouge. Les selles redeviennent peu après de couleur normale, toujours diarrhéiques et abondantes, sans lientérie.

L'anémie et la cachexie sont extrêmes.

Les 1er et 4 avril, *nouvelles selles abondantes de sang rouge*.

La mort survient le 7 avril.

L'autopsie montre une anémie de tous les muscles et de tous les tissus. Au thorax, nous constatons un cœur petit, épais, à paroi pâle, avec un ventricule gauche légèrement hyperthrophié, des poumons normaux avec adhérences pleurales anciennes à la base gauche.

Dès l'ouverture de l'abdomen, l'estomac qui n'a pas contracté d'adhérences avec la paroi abdominale, apparaît en position verticale, en grande partie occupé par une volumineuse tumeur que cache en partie le foie.

Cette tumeur est adhérente au côlon transverse en avant et en arrière au pancréas, qu'elle infiltre. Aussi la masse doit-elle être enlevée en bloc, comprenant les trois organes.

Le foie est augmenté de volume, pâle et friable, sans noyau métastatique, la vésicule biliaire est un peu dilatée.

Examen macroscopique de la tumeur.

L'estomac est encastré dans une masse blanchâtre, dure, qui comprend également le côlon transverse. On voit se dessiner en relief le pylore et le petit cul-de-sac, la petite courbure étant réduite et remplie par une masse indurée, blanchâtre, du volume d'un œuf de poule. La grande courbure est noyée dans une autre masse qui la fait complètement adhérer au côlon transverse dont il est impossible de la séparer.

La paroi stomacale est résistante et paraît très épaisse à la palpation, surtout vers le pylore, la petite courbure et la partie moyenne.

A l'ouverture de l'estomac, la cavité gastrique est réduite par un bourgeonnement en masse de sa paroi, qui envoie des choux-fleurs dans sa cavité et réduit le petit cul-de-sac et le passage pylorique, encore cependant légèrement perméable.

Ces bourgeons volumineux s'ulcèrent et présentent des foyers hémorragiques ; vers la grande courbure, dont la partie tout à fait externe est seule indemne, la masse cancéreuse est limitée nettement par un énorme bourrelet qui s'infiltre sous la muqueuse.

A la coupe, la paroi est très épaisse, infiltrée par le néoplasme. Cette infiltration néoplasique forme, en dehors de l'estomac, une masse énorme, qui, en arrière, acquiert le volume des deux poings et englobe le pancréas ; en haut, dépasse l'estomac sous forme d'un lobe du volume d'un œuf de poule ; en bas, envahit la paroi postérieure, la grande courbure, le côlon transverse dans toute sa paroi postérieure et l'épiploon au-dessous.

A l'examen de la partie inférieure de l'estomac, on constate, entre plusieurs volumineux choux-fleurs, une cavité anfractueuse, profonde, qui aboutit à une ulcéra-

tion irrégulière du diamètre d'une pièce de un franc, qui perfore totalement l'estomac et la paroi du côlon et établit une communication entre les deux. A l'ouverture du côlon, sa cavité apparaît remplie d'énormes bourgeons venus par sa face postérieure, et qui ont rongé celle-ci en de nombreux points.

Il s'agit donc d'un cancer diffus de l'estomac, généralisé aux trois quarts de l'organe, qui a vraisemblablement débuté vers la région pylorique, a envahi toute l'épaisseur de l'organe et proliféré dans le péritoine, s'est propagé au côlon transverse et a établi une communication entre l'estomac et l'intestin.

Examen histologique.— Estomac. - L'examen des bourgeons stomacaux montre que la tumeur est formée par une prolifération néoplasique, d'une intensité extraordinaire, à la surface, ayant désagrégé la surface et ayant pénétré dans la profondeur à travers toutes les parois, les faisant disparaître progressivement, et dans les parties les plus atteintes, ne laissant que quelques traces de fibres musculaires.

La prolifération se forme de cellules cubiques ou irrégulières, parfois cylindroïdes, le plus souvent atypiques à gros noyaux, disposées par travées plus ou moins régulières et qui, à mesure qu'on s'enfonce dans la profondeur, se divisent en petits amas composés seulement de deux à trois cellules, dans une trame extrêmement délicate, à tel point qu'il serait difficile de dire s'il s'agit d'un épithélioma ou d'un sarcome. L'étude des parties superficielles permet de dire qu'il s'agit d'un épithélioma vrai.

Côlon. — L'examen du côlon et des masses rétrostomacales montre une structure identique avec des trames et des placards de dégénérescence muqueuse.

Au niveau de la paroi intestinale, on constate une infiltration se faisant de la profondeur vers l'épithélium, détruisant successivement toutes les tuniques. La muscularis mucosæ est atteinte à son tour, puis la muqueuse. Sur ce point il se fait une dégénérescence qui aboutit à la perforation.

De même, au niveau de l'estomac, le processus de perforation est dû à un envahissement total par la néoplasie et à des phénomènes de dégénérescence et d'hémorragie.

Observation II

Archives d'électricité médicale, 1911

Fistule gastro-colique. — Gastro-entérostomie. — Examens radioscopiques avant et après l'opération, par Dr Francis Menuet, professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Tours.

Observation : Nous vous présentons, aujourd'hui un malade intéressant, au triple point de vue médical, chirurgical et radiologique : M. Edmond T..., jardinier à R... (Indre-et-Loire).

Le malade est âgé de 24 ans. Vers l'âge de 10 ans, il a commencé à souffrir, de loin en loin, de violentes migraines, s'accompagnant de vomissements abondants qui duraient toute une journée pour disparaître dès le lendemain. Vers l'âge de 20 ans, les vomissements s'accentuent et se présentent 1 ou 2 fois par semaine. Bientôt, ils deviennent quotidiens. Ils sont d'abord indolores. Le malade rejette surtout son déjeuner, sans souffrance, presque sans efforts.

Puis les douleurs apparaissent, sous forme de crampes, à l'estomac, qui ne sont calmées que par les vomissements provoqués. Ceux-ci deviennent très acides et

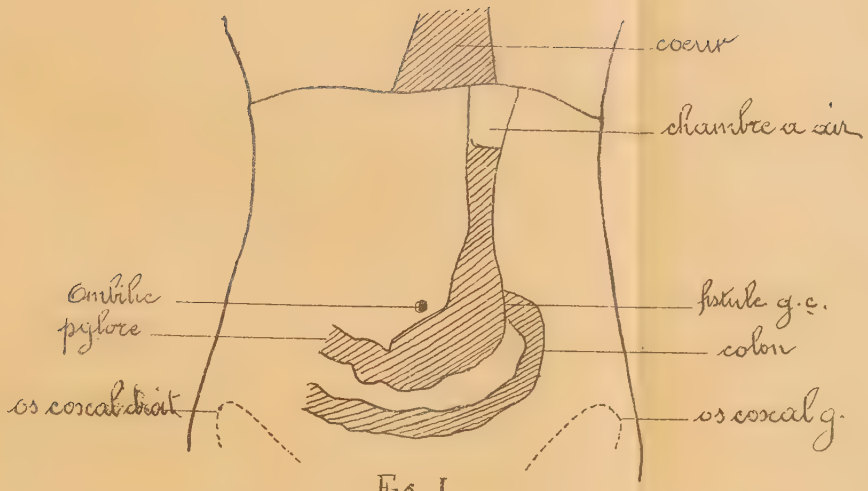
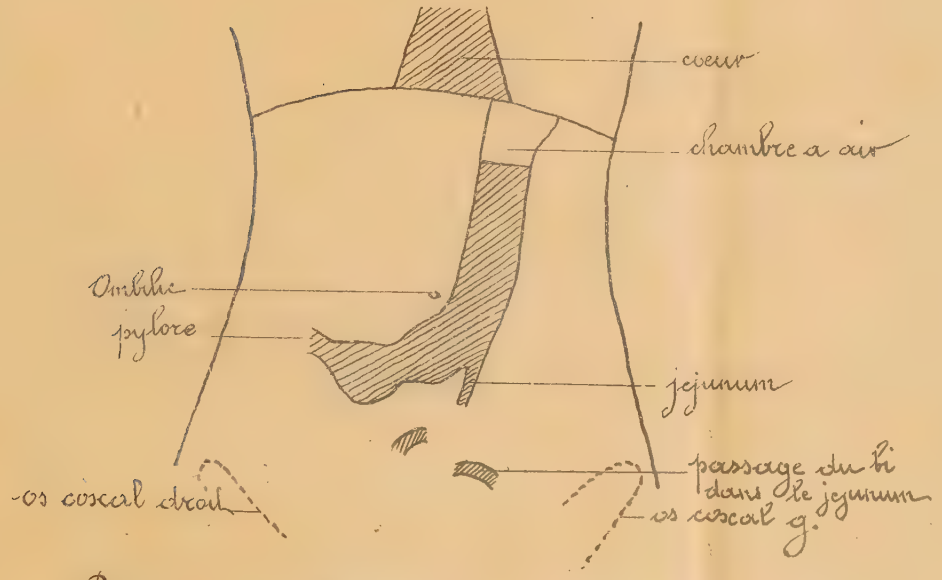


Fig. I

Radioscopie gastrique des 4 et 5 Mars 1911.



Radioscopie gastrique des 28 Avril et 30 Mai 1911

bilieux, et se produisent tantôt aussitôt le repas, tantôt un quart d'heure après. Une seule fois, le malade aurait eu, pendant toute une journée, des vomissements « marc de café », mais jamais de sang pur.

Très constipé, le malade n'a pas remarqué de mélæna.

L'appétit est toujours resté parfait. Les vomissements continuels et l'amaigrissement (108 livres à 80 livres dans l'espace de quelques mois), ont provoqué des troubles neurasthéniques graves.

Le malade, suivi depuis dix ans, par intervalles, est un type d'hyperchlorhydrie et de gastro-succhorée.

Après avoir subi divers traitements appropriés, après avoir confié son état aux soins de plusieurs confrères, et en raison même de l'inutilité des diverses thérapeutiques, ce malade revint nous demander un soulagement à tout prix. C'est alors que, pour compléter les données cliniques connues, M. Edmond T... fut soumis à l'examen radioscopique.

Avant l'intervention. — Radioscopie gastrique du 4 mars 1911 (*fig.* 1).

Nous avons suivi, pour cet examen, la technique indiquée par le docteur Beclère, chef du laboratoire de radiologie à l'hôpital Saint-Antoine, et le docteur G. Barret, chef du laboratoire de radiologie des Enfants assistés.

L'absorption d'une solution de bismuth gommée nous permit d'établir les points suivants :

1° Passage normal du bismuth dans l'œsophage : ni dilatation, ni rétrécissement de cet organe.

2° Le fond de l'estomac est à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

3° L'estomac n'est pas dilaté, car il se remplit *immédiatement* par le bismuth, dans presque toute sa hauteur.

au lieu de s'accumuler dans la partie inférieure. Dès 1907 (*Presse médicale*, n° 46, 8 juin 1907), G. Leven et G. Barret ont montré que, seule la radioscopie, par l'étude du remplissage de l'estomac, fournit le moyen d'affirmer si un estomac est dilaté ou non. Ils ont montré que l'estomac *dilaté*, ou mieux *atone*, se remplit comme un vase inerte : que l'estomac *normal* adapte constamment ses parois à son contenu, que les notions de clapotage ou de dimensions de l'organe ne suffisent plus ou peuvent induire en erreur pour le diagnostic de la dilatation gastrique.

4° Dans la zone juxta-pylorique, existent des contractions énergiques, plus énergiques même qu'à l'état normal, paraissant en rapport avec un certain degré de *sténose pylorique*. D'ailleurs, pendant toute la durée de notre examen, nous ne ne croyons pas qu'une quantité notable de bismuth ait été évacué par le pylore.

5° Continuant patiemment notre examen, nous avons vu, au bout de quelques minutes, apparaître sur le bord gauche de l'estomac, vers la région moyenne, une tumeur triangulaire à base gastrique, à sommet externe.

Cette tumeur s'est peu à peu accrue de volume, puis elle a disparu.

Nous avons d'abord pensé à des contractions péristaltiques commençant très haut et peut-être à un diverticule de l'estomac. Mais, bientôt séparée de la poche gastrique par un espace clair, apparut une boule noire qui descendit très lentement d'un mouvement vermiculaire vers le petit bassin. Comment interpréter cette masse isolée de bismuth qui cheminait ainsi? Nous étions bien embarrassés !...

Une nouvelle tumeur, analogue à la première, apparut au même endroit que celle-ci. Elle disparut de la même

façon. Mais une nouvelle boule noire suivit aussitôt le chemin de la précédente. Et pendant une demi-heure que dura notre radioscopie, nous vîmes ce phénomène se reproduire un certain nombre de fois. A la fin de l'examen, existait parallèlement au bord inférieur de l'estomac, un long cordon moniliforme coloré en noir.

En contractant fortement la paroi abdominale, le malade soulevait, en même temps que son estomac, le cordon de bismuth qui semblait fixé, par son extrémité supérieure, à la grande courbure. Les contractions de la paroi augmentaient notablement l'évacuation vers le cordon bismuthé.

Notre diagnostic radiologique fut dès lors facile :

Le malade était un hyperchlorhydrique dont l'estomac présentait de la *sténose pylorique* et une *fistule gastro-colique*.

Sténose pylorique : en raison de l'énergie inaccoutumée des contractions péristaltiques et de la faible évacuation vers le duodénum.

Fistule gastro colique : parce que, incontestablement, l'estomac se vidait dans le côlon : le diamètre, l'aspect bosselé, la direction et la situation de ce dernier éliminaient l'hypothèse de l'intestin grêle. Cette fistule semblait située au niveau de l'angle du côlon transverse et du côlon descendant.

Il était intéressant de faire un nouvel examen à quelques jours d'intervalle : le jeune malade fut invité à revenir deux jours après.

Radioscopie gastrique du 6 mars 1911. — Dans l'intervalle de ces deux examens, le malade eut une selle peu abondante. Notre observation fut courte, en raison de la

longueur de la première et du danger que présentait une exposition prolongée aux rayons X.

L'écran nous montra aussitôt la présence du cordon de bismuth occupant exactement la même situation que le premier jour. Il n'avait pas été évacué par la selle.

Une nouvelle solution de bismuth gommée nous permit de réobserver à loisir le fonctionnement de la fistule gastro-colique.

Intervention chirurgicale du 11 *mars* 1911. — Le docteur Lieffring, de Tours, proposa au malade une intervention d'urgence, qui fut acceptée avec empressement.

Il fit, le 11 mars, avec l'assistance du docteur Joly, une gastro-entérostomie postérieure.

A l'ouverture de l'abdomen, notre examen se porta immédiatement sur l'estomac, pour découvrir le point fistuleux qui se trouvait haut placé sur la face postérieure, au niveau d'adhérences siégeant à l'angle colique gauche.

Etant donné l'état précaire du malade et pour des raisons d'ordre physiologique, nous ne crûmes pas nécessaire d'oblitérer la fistule. L'examen ultérieur justifia notre conduite. La gastro-entérostomie fut donc rapidement exécutée en trente-cinq minutes.

Les suites opératoires furent normales, à part quelques vomissements bilieux laissant craindre un circulus vicious, qui céda promptement à l'action du traitement bromuré. Cet accident était dû entièrement à la nervosité du sujet. D'ailleurs, il déclara lui-même n'être plus incommodé lorsqu'on arrivait à distraire son attention.

Cette intervention a permis au malade de reprendre rapidement du poids, puisque, actuellement, il a engraissé de 10 livres (3 juin 1911).

Elle est d'autant plus intéressante qu'elle a triomphé

du syndrome clinique hyperchlorhydrie, du spasme pylorique et de la fistule gastro-colique.

Après l'intervention. — Radioscopie gastrique du 28 avril 1911 (*fig.* 2). — L'estomac semble élargi dans sa portion tubulaire. La région juxta pylorique est toujours le siège de contractions péristaltiques énergiques. Le bismuth passe très difficilement par le pylore, mais nous faisons deux constatations très importantes.

1° La nouvelle bouche gastro-jéjunale fonctionne parfaitement. Lentement l'estomac se vide par la nouvelle ouverture. Nous suivons le trajet presque vertical du bismuth pendant quelques centimètres, puis nous trouvons des traces de bismuth un peu plus loin, dans les anses grêles et les voyons cheminer d'un mouvement vermiculaire.

2° L'ancienne fistule gastro-colique ne semble plus fonctionner, bien qu'elle n'ait pas été oblitérée au cours de l'intervention. Même en faisant contracter très fortement la paroi abdominale du gastro-entérostomisé, rien ne passe plus dans le côlon, mais alors la bouche gastro-jéjunale montre une évacuation plus abondante de bismuth.

Radioscopie gastrique du 30 mai 1911. — Le malade se soumet de nouveau à notre examen le 30 mai. Son état général est notablement amélioré. Nous enregistrons les mêmes faits que le 28 avril : fonctionnement défectueux du pylore, évacuation régulière par la bouche gastro-jéjunale, suppression fonctionnelle de la fistule gastro-colique.

Conclusions. — Il serait superflu de nous étendre sur les troubles physiologiques dont la fistule gastro-colique

et l'hyperchlorhydrie étaient le point de départ pour notre malade, puisque la presque totalité des aliments, quand ils n'étaient pas rejetés par la bouche, arrivaient directement dans le côlon.

L'assimilation très imparfaite amenait une absorption très insuffisante, et, par suite, une cachexie progressive du jeune malade.

La radioscopie gastrique a permis de faire un diagnostic précis d'une lésion que la clinique ne pouvait guère soupçonner.

Est-ce à dire que celle-ci doive être détrônée par la radioscopie ? Pas le moins du monde, et c'est ici le cas de répéter, avec notre ancien maître le professeur Beclère : « La radiologie doit être la servante de la clinique et s'inspirer toujours des données fournies par son aînée. » C'est la clinique et l'anatomie qui nous ont permis d'interpréter d'une façon rationnelle notre image radioscopique, et de dire : « Le malade est un hyperchlorhydrique qui a perforé son estomac dans son côlon. »

Par bonheur pour lui, un travail inflammatoire a provoqué des adhérences au niveau de l'angle colique, et la perforation, au lieu de se faire dans le péritoine, s'est faite dans l'intestin, sauvant une première fois le malade de la mort.

Il doit sa santé à la gastro-entérostomie qui a fait retrouver à l'intestin grêle sa place nécessaire dans le tractus gastro-intestinal. Et nous avons été heureux de constater, dans nos deux derniers examens radioscopiques, que la chirurgie avait remédié, d'un seul coup, aux troubles graves engendrés par la fistule gastro-colique, le spasme pylorique et l'hyperchlorhydrie.

Il nous a paru intéressant de rapporter cet exemple peu banal, qui servira une fois de plus à montrer quels

services un examen radioscopique méthodique peut rendre dans l'étude des viscères abdominaux et thoraciques pour le plus grand profit de nos malades.

Observation III

(Souligoux. — *Bulletin et Mémoires Société de Chirurgie*, tome XXXVIII, n° 15).

La malade dont je vous rapporte l'observation fut opérée en mai 1906, pour des troubles gastriques. Le chirurgien qui l'opéra lui fit une gastro-entérostomie. Trois jours après, diarrhée que la malade a gardée trois ans, et le onzième jour survient un vomissement fécaloïde. Pensant sans doute qu'il s'était produit une obstruction, on intervient à nouveau ; mais on constate qu'il n'y a rien ; le ventre est refermé. La malade continue à vomir des matières fécales, s'alimente fort mal et s'amaigrit considérablement.

En octobre 1906, cette femme va trouver un autre chirurgien qui, après examen, s'aperçoit sans doute qu'on n'a pas anastomosé le jéjunum à l'estomac, et pratique une anastomose gastro-jéjunale fort bien faite. Mais la malade continue à vomir des matières fécales.

En décembre 1907, elle va trouver un autre chirurgien qui lui promet de la guérir. Nouvelle laparotomie. Résultats : fistule gastro-cutanée qui exige une autre intervention pour disparaître.

Cette malheureuse femme entre, en 1908, dans le service de M. Parmentier, à l'hôpital Tenon, et manifeste des idées arrêtées de suicide si on ne parvient pas à la guérir. M. Parmentier me demande de l'opérer.

Quand je vis cette femme, elle était très amaigrie mais

pleine de courage. Voici ce qui se passait. Quand elle allait à la selle, elle éprouvait peu à peu une sensation de mouvements antipéristaltiques, et elle rendait par la bouche une pleine cuvette de matières fécales *parfaitement moulées*. Puis, après s'être lavée la bouche, elle se remettait à manger et, chose curieuse, elle digérait fort bien.

Je lui fis donc une sixième laparotomie.

Opération. — Incision allant de l'appendice xyphoïde au pubis. Mais malgré cette large ouverture je n'arrivai pas à pouvoir trouver le côlon anastomosé avec l'estomac. Toute la partie supérieure de l'abdomen était remplie d'adhérences qui cachaient à la fois l'estomac et le côlon transverse. Je pus me rendre compte, cependant, que l'anastomose gastro-jéjunale était bien faite et en bonne position.

Ne pouvant rien voir, je me décidai à fendre l'abdomen en travers, au niveau de la région ombilicale. Ceci fait, j'allai à la recherche du côlon ascendant et, en le suivant et en sculptant dans les adhérences, j'arrivai à l'anastomose gastro colique. Je séparai très péniblement le côlon de l'estomac, et je fus très étonné de voir que l'ouverture anastomosique était de 12 à 14 centimètres ; je fermai, avec beaucoup de difficulté, l'estomac par trois plans de suture et passai à l'intestin. Celui-ci était très modifié dans sa partie située au-dessous de l'anastomose, il avait perdu ses bosselures et ses bandelettes, et apparaissait constitué par une épaisse paroi musculaire rappelant celle de l'estomac.

J'essayai de fermer l'orifice colique, mais je m'aperçus que, ce faisant, il se produisait un rétrécissement très serré de l'intestin. Je dus donc me résigner à faire une

résection du côlon en ce point, et après fermeture des deux bouts, une anastomose latéro-latérale.

L'opération avait naturellement été très longue, deux heures et demie.

Je n'osai pas ne pas drainer et je plaçai un drain au niveau de l'angle splénique.

Comme cela se passe souvent quand on place un drain au niveau de sutures intestinales, je vis, vers le cinquième jour, se faire une fistule stercorale qui se ferma d'ailleurs spontanément.

Le lendemain, quand je vis la malade, soit donc vingt-deux heures après l'opération, son état était excellent, le pouls était normal, et je la trouvai lisant son journal. La guérison se fit sans autre incident.

Un an après, comme il s'était produit une petite éventration au seuil de la plaie, près du pubis, et comme cette femme devait faire un long voyage en mer, elle me demanda de la guérir de son éventration, ce que je fis avec succès.

Aujourd'hui, cette femme est grosse et grasse, digère tout admirablement, et ne pense plus à ses malheurs que pour me remercier de l'en avoir guérie.

Observation IV

(Thorspecken. Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medezin und der Chirurgie. 1908.)

Emma F..., 18 ans, fille de cultivateurs.

Antécédents héréditaires. — La mère de la malade est morte d'une tuberculose osseuse et articulaire. Le père tousse beaucoup.

Antécédents personnels. — Depuis l'âge de 8 ans, la malade souffrait de « glandes » et « d'inflammation des yeux », plus tard, d'ulcères cutanés de la région deltoïdienne du bras gauche et sur les fesses ; elle n'a jamais toussé.

Au printemps 1907, survinrent de violentes douleurs dans le ventre, au-dessus de l'ombilic, douleurs qui se renouvelaient sous forme de crises, presque tous les jours. Ces crises n'avaient aucun rapport avec l'ingestion d'aliments. Bientôt, la malade eut de fréquents renvois d'odeur fétide. Les selles étaient souvent un peu claires, sans rien autre de remarquable.

Au mois d'octobre environ, à ces symptômes se joignirent des vomissements qui apparaissaient aussitôt après l'ingestion des aliments. Les matières vomies étaient d'une fétidité telle qu'elle incommodait l'entourage. Les douleurs étaient devenues presque continues. Beaucoup de borborygmes.

La malade mange peu, et ses vomissements nombreux et longs l'affaiblissent beaucoup. Point de sueurs nocturnes. Depuis deux mois, aménorrhée. — Le matin même de son admission à la clinique, elle avait pris des gouttes d'opium.

Examen de la malade (16 novembre 1907). — C'est une jeune fille souffreteuse et très amaigrie. Elle pèse 54 kil. 5. Sa peau est sèche ; elle n'a pas de couleurs.

Sur le bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien, on trouve une cicatrice opératoire ; au même endroit, un ganglion un peu gros et dur. Sur le bras gauche, on remarque une infiltration cutanée de la grandeur d'un mark ; elle est nettement limitée, de teinte rouge et recouverte d'une écorce épidermique épaisse.

Le thorax, s'élargit vers sa partie inférieure en forme de tonneau. Les deux fosses sus-claviculaires sont déprimées. Aux sommets des poumons, moins cependant à gauche qu'à droite, matité à la percussion. A gauche, obscurité respiratoire. A droite, « catarrhe peu net ». Battements cardiaques affaiblis. Le pouls est à 100, petit, mou. Température 36°9.

Rien à signaler dans l'examen du système nerveux. Le ventre, légèrement ballonné, est cependant mou et dépressible au toucher. Pas d'ascite.

Après avoir malaxé la paroi abdominale, on ne perçoit pas de mouvements péristatiques.

Urine. — Point d'albumine, ni de soufre ; forte réaction de l'indican.

Le soir, la malade vomit plusieurs fois : en tout, elle rejeta environ 300 cc. d'une matière homogène, gris jaunâtre, de la consistance d'une bouillie épaisse, d'odeur nettement fécaloïde.

L'examen microscopique montre la présence de nombreuses aiguilles d'acide gras et du bactérium-coli, à côté de produits de digestion non définis.

A l'examen chimique, on constate l'absence d'acide chlorhydrique libre.

Il n'y avait point non plus d'hydrobilirubine.

Voici la technique suivie pour ses recherches. Une partie de la matière vomie fut traitée par l'alcool, soumise ensuite à l'évaporation ; le résidu fut oxydé (par l'iode et le chlorure de calcium) pour rechercher les produits de réduction anormaux de l'hydrobilirubine, puis on fit l'essai par le chlorure de zinc ammoniacal. Dans l'urine, il n'y a pas trace d'urobiline. Par contre, avec les matières vomies, la réaction de l'indol fut positive.

Le 17 au matin, les vomissements eurent les mêmes caractères que ceux de la veille, les selles viennent sans efforts en quantité modérée, elles sont d'un blanc grisâtre. Cette fois encore, on ne peut chimiquement constater la présence de matière colorante biliaire.

A l'examen de l'abdomen, on constate aujourd' hui très nettement les *mouvements péristaltiques* de l'intestin : ils se produisent le long du cordon intestinal situé sous l'ombilic, de gauche à droite, vers un point placé un peu au-dessus de la région iléo-cœcale. Nulle part on ne sent un plan résistant. On entreprend un lavage de l'estomac ; l'opération est difficile ; l'eau introduite ne retournant pas immédiatement dans l'entonnoir, mais au bout de quelques minutes, en ramenant avec elle des masses d'une consistance de bouillie épaisse de même aspect que les matières vomies et également d'odeur fécaloïde.

Après deux séances de lavage gastrique, l'eau est ramenée liquide. — La dernière *selle fut très fluide*, mais ne s'est produite que quelques heures après le lavage : la cause de cette selle diarrhéique est évidente : en effet, la quantité d'eau du lavage ramenée au dehors était bien moindre que celle introduite.

Le soir, la malade vomit encore un peu.

Les jours suivants, il n'y eut point de vomissement stercoreux ; il en survint cependant encore quelques-uns le 20 novembre pendant la nuit, mais toujours longtemps après le repas. Il fut impossible de percevoir à nouveau les mouvements péristaltiques.

Les selles ont maintenant une consistance de bouillie épaisse ; elles sont spontanées et ont lieu sans efforts.

A la percussion : tympanisme dans la région épigastrique et, avec le plessimètre, résonance métallique de la région iléo-cœcale.

La tentative faite pour insuffler l'estomac à l'aide d'un tube échoue, car de violentes nausées surviennent aussitôt, et la malade se plaint de vives souffrances.

Les douleurs spontanées, qui ne sont jamais constantes, siègent sur la ligne médiane au-dessus de l'ombilic : la malade accuse beaucoup de gargouillements dans l'abdomen ; ceci est d'ailleurs perceptible pour l'entourage.

On refait un lavage d'estomac : il est plus facile que la première fois ; l'eau est assez rapidement ramenée au dehors.

On laisse l'eau un moment dans l'estomac pour qu'elle puisse être rejetée après mélange plus intime avec la masse fécaloïde.

Le lendemain et les jours suivants, il se produit plusieurs fois encore des vomissements stercoreux. Les matières rejetées montrent toujours cette consistance pâteuse dont nous avons parlé plus haut. L'état général ne s'est pas amélioré depuis l'entrée à l'hôpital. Le poids du corps a diminué de 1 kilog. La température du matin est un peu plus élevée que celle du soir. Le pouls est constamment à 100.

La malade est transférée dans un service de chirurgie. Les mêmes phénomènes continuent; par intervalles, cependant, il y a arrêt des vomissements; la malade meurt très cachectisée, le 9 décembre.

Résultats de l'autopsie. — Il s'agit, en somme, d'un abcès tuberculeux sténosant du côlon transverse. Avant la partie sténosée il y a un fort élargissement. On observe aussi des modifications énormes de la muqueuse : il existe un trajet fistuleux qui fait communiquer le côlon à l'estomac.

L'autopsie montre encore un abcès sous-phrénique qui

s'ouvre également dans l'estomac. Au-dessus de cette communication il existe des ulcérations tuberculeuses chroniques.

Tuberculose pulmonaire chronique avec cavernes (sommet gauche).

Adénopathie mésentérique et cervicale.

Dégénérescence graisseuse du foie. Bile très épaissie dans la vésicule biliaire. Aucune trace de bile dans les voies biliaires. Dégénérescence amyloïde de la muqueuse de l'iléon. Très petit cœur. Utérus infantile.

CONCLUSIONS

I. La fistule gastro-colique est une complication rare qui se rencontre surtout au cours du cancer de l'estomac.

II. Le vomissement fécal, la lientérie, la similitude des vomissements et des selles sont les symptômes fonctionnels les plus fréquents et les plus caractéristiques.

III. Cette triade manque souvent : un seul symptôme existe parfois, et le diagnostic de l'anastomose gastro-colique en est rendu par le fait même fort délicat.

IV. Il est des fistules gastro-coliques à l'état latent auxquelles rien ne permet de faire penser.

V. Le plus souvent, la mort arrive assez rapidement par suite de l'état de dénutrition qui résulte d'une fistule semblable.

VI. L'insufflation de l'estomac et de l'intestin, les repas ou les lavements colorés, et surtout la radioscopie sont autant de moyens qui permettent d'assurer le diagnostic de l'affection.

VII. L'intervention chirurgicale dans le traitement de ces fistules est fort délicate ; bien réglée, elle a donné des

résultats appréciables pendant ces dernières années ; il faut avoir soin de faire un diagnostic précoce pour opérer avant que le malade ne soit trop faible.

Si la fistule gastro-colique est d'origine cancéreuse, une opération palliative est la seule à conseiller.

INDEX BIBLIOGRAPHIE

Anderson. — Perforation of the stomach communicating nita the transverse portion of the colon (Annalist. New-York, 1847, II, 89-91).

A. Bercrombie. — Pathological and pratical Researches on Diseases of the stomach, 1828.

Bouveret. — Sur les signes de la fistule gastro-colique (Lyon Médical, 1896 ; Revue de Médecine, 1879).

Bec. — Thèse de Lyon, 1897.

Brestowe. — The Lancet, 1883.

Bagolepow. — *In* thèse de Lang, Moscou, 1895.

Barlow. — Manual of Pratice of med. 1856.

Bell. — Glasgow med. journal, 1857.

Bier. — Fistules gastro-coliques. Congrès allemand de chirur., 1912.

Brieger. — Ann. de la charité, N. F. G.

Blucke. — Lancet, 1849.

Bamberger. — Wirchow's Handbuch der speciellen Pathologie and Therapie, VI.

Bence Jones. — St-Georges Hospital M. 55 post mortem Book., 1857.

Chappet. — Bull. de la Soc. des hôpitaux de Lyon, 1902.

Chavannaz — Société de chirurgie de Paris, 1906. Des fistules gastro-coliques. (Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale, n° 2, avril 1907.)

Cruveilhier. — Traité d'anat. path. générale, 1852.

Cavaillon. — Thérapeutique chirurg. du gros intestin, Lyon, 1905.

Czerny. — Klinische Chirurgie von Heidelberg, 1900.

Dudon. — Soc. méd. de Bordeaux, 1875.

Daires (H.). — Transact. Pathol. soc., London : Lancet, 1848.

Dittrich. — Wierteljahreschrift für die praktische Heilkunde, n° 1.

Ducheck. — Schmidt's Jahrbuch, 1853.

Dirut (O.). — Uber fistula ventriculo-colica (Erlagen, 1849).

Elsner. — Deutsche med. Woch., 1903.

Edmunds (W.). — St-Thomas Hosp. Report 1883, London, 1884.

Evan-Reeves. — Diseases of the stomach and duodenum (1857).

Fabeck. — Edimbourg Med. Journ., 1858.

Freudenberger — Aertzliches Intelligenzblatt, 1879.

Fleteher. — Prov. med. and. surg. journal, 1879.

Jairdner (W. T.). — Communication betwen the stomach and colon. (Med.. Times Gaz. Lond., 1855).

Gere (E.). — Direct communication betwen stomach and colon. (Med. rec. New-York, 1876).

Joodridge (H.). — Case of gastro-colic fistula (The Drit. med. journ. 1890, I-1064).

Gilbert. — Thèse de Paris, 1887.

Gintrac. — Journ. méd. de Bordeaux, 1842

Gere. — New-York med. Record, 1876.

Hentschel. — Thèse de Wurtzburg, 1894.

Hickinbotham (J.). — Gastro-intestinal fistula due of the action of hydrochloric ac. (Birmingham. M. Rev., 1872).

Hindsdale. — Path. soc. Philadelphia, 1883.

Habershon. — Diseases of the abdomen Guy's Hosp. Rep., 3e série.

Jeffreys (R.). — Case of fistulous communication betwen the stomach and transverse colon; probably malignant. (Med. press. et circ. Lond. 1886-ns-XLI.

Johnson. — The Lancet, 1865.

Jones of Caernarvon. — Trans. med. and chir. Society of London, 1851.

Koch (Ph.). — Arch für Verdauungskrankheiten, 1903.

Kilgour. — St-Lauke's Ward XII.

Kelling. — Arch. für Verdauungskrankheiten, 1903.

Krone. — Thèse de Kiel, 1897.

Kraus. — Réunion des médecins de Styrie, 1895.

Lyon. - Soc. anatomique de Paris, 1889.

Lazarus. — Sitzung des Vereins für innere Medicin, 1872.

Labhardt (A.). — Zur Casuistik and Behandlung der Fistula gastro-colica (München med. Woch., 1901).

Levinstem. — Wochenschrift f. d. ges. Heilk. Berlin, 1840.

Lediard (H. H.). — Gastro-colic. fistula (Med. times and gaz. Lond.), 1876.

Lijonne et Milanoff. — Soc. anat. de Paris, 1900.

Monod. — Soc. anat. Paris, 1877.

Madelung. — Arch. für Clin. chirurg., 1906, 1re partie.

May (F.). — München Wochen., n° 21, 1890. Ein Fall von Magencolonfistel.

Menuet. — Archives élect., 1912. Un cas de fistule gastro-colique.

Murchinson (C.). — On gastrocolic fistula (Edimb. M. J. 1057, III, 4) ; the Lancet, 1864, Traduit dans l'Union médicale, Paris, 1864, 2 S., XXII, 506-510.

Morgan. — London med. Gazette, 1845.

Oppolzer. — Fall son Kommunication des Magens mit dem Colon transversum (Wien. Med. Presse, 1867, VIII).

Port et Reizeustein. — Mittheil a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chirurg. 1907, fasc, 5.

Packard. — Transact. of the. pathol. Society Phil., 1884.

Quincke. — Dilatatio ventriculi mit Durch. bruc kin das Colon eigenthümliches verhalten des Urins. (Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzte. Bazel, 1864.

Roger (H.). — Obs. de Montpellier. Fist. gastr. col. à sympt. fruste au cours d'un cancer de l'estomac (*In* Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition, juin 1909).

Scholtz (W.). — Ein Fall von Magencolonfistel (Wien. med. Bl., 1896. XIX, 243).

Tomon. — Thèse de Lyon, 1906.

Theile (O.). — Zeitschr. für Klin. Med., 1895.

Ferrier. — Bull. et Mém. Soc. chirurgie. Paris, 1887, p. 353.

Thorspecken. — Mittheilungen ans den grenzgebieten der Medizin und der Chirurg., 1907 et 1908.

Tosi (C.). — Communicazione del ventriculo co'l colon transverso mediante un canaletto congenito in un giovane contadino d'anni 52. (Gaz. med. ital. Lomb. Milano, 1855.)

Unruh. — Uber anastomosis (Fistula) gastro-colica (Deuts. med. Woch. Leipzig und Berlin, 1879).

Von Sprengel. — Congrès allemand de chirurgie, 1912.

Voorhœve. — Nederlandsch Tijdschrift voor geneeshunde. T. I. n° 11, 16 mars 1912.

WALTER-ZWEIG. — Wiener klinische Prundschau, 1900.

WILLIGK. — Vierteljahrschrift für die praktische Heilkunde, 1853.

WITHBOURN. — Lond. med. gaz., 1845.

WATERS (W.). — Cancerus communication betwen the stomach and colon. Med. exam. Phil., 1845, n. t. 1-201.

WEST. — Tr. Belmont. M. Soc. Brigdeport Ohio (1852-53-36 : 1853-54-34. A case of inflammation of the bowels and peritoneum *in* thickenning of the omentum majus; gastro-colic fistula.

WILKS. — Post mortem Book of Guy's Hospital, 1885.

Vu et permis d'imprimer:
Montpellier, le 10 juillet 1912.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 10 juillet 1912.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !